



NYC Department of Consumer
and Worker Protection
42 Broadway, 9th floor
New York, NY 10004

電話：311 (212-NEW-YORK)
nyc.gov/dcwp

提交您的投訴

感謝您與紐約市消費者和勞工保護部 (Department of Consumer and Worker Protection, DCWP) 聯絡。請填寫此表格。請以正楷填寫或打字輸入每個問題的回答。如果某個問題不適用於您，請標記「N/A」或「不適用」。您必須填寫標有星號 (*) 的項目。

您可以透過以下方式之一**提交此表格**：

- 電子郵件：Consumers@dcwp.nyc.gov
- 傳真：212-487-4482 / 646-500-5914
- 郵寄至上面的地址。

重要須知：請提交支援您投訴的證明文件副本（如網路列印件、合約、保固、帳單、報表、取消的支票、包括電子郵件在內的信件等）。注意：保護敏感資訊。請勿提交含有社會安全號碼、銀行帳戶號碼等資訊的文件。

關於您			
*我代為提交此投訴的對象是： <input type="checkbox"/> 我自己 <input type="checkbox"/> 其他人 <i>如果您勾選「其他人」，請填寫下面的附加表格。</i>		*我想保持匿名： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
*名字		*姓氏	
*家庭住址（含公寓號碼）			
*城市、州、郵遞區號			國家
*電話號碼		*電子郵件	
*首選聯絡方式：（選擇一項。） <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 電話			
您家裡是否有人曾經服役或目前正在服役？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <i>如果您勾選「是」，則選擇任何適用項。</i>			
<input type="checkbox"/> 自己	<input type="checkbox"/> 配偶/伴侶	<input type="checkbox"/> 孩子	<input type="checkbox"/> 其他（說明）：
<input type="checkbox"/> 美國武裝部隊	<input type="checkbox"/> 國民兵	<input type="checkbox"/> 預備役部隊	

如果您為其他人提交此投訴表，則必須提供有關投訴人的資訊。如果不提供投訴人資訊，您將無法收到企業的回覆。

名字	姓氏
家庭住址（含公寓號碼）	
城市、州、郵遞區號	國家
電話號碼	電子郵件
首選聯絡方式：（選擇一項。） <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 電話	

關於企業			
*企業名稱			
*企業類型		DCWP 執照號碼	
企業地址		城市、州、郵遞區號	
電話號碼	電子郵件	網站	
您是否曾就投訴事宜與企業聯絡過？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果您勾選「是」，請填寫下面的列。			
員工姓名與聯絡資訊			
發生了什麼事？			
結果是什麼？			

關於投訴	
投訴原因：（選擇所有適用項。）	
<input type="checkbox"/> 價格未公佈/不準確	<input type="checkbox"/> 拒絕退款/退貨/換貨
<input type="checkbox"/> 索價過高	<input type="checkbox"/> 拒絕接受現金付款
<input type="checkbox"/> 商品或服務有缺陷	<input type="checkbox"/> 其他（說明）：
<input type="checkbox"/> 廣告虛假或具有誤導性	
您是否從該企業購買了商品或服務？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果您勾選「是」，請填寫下面的列。	
交易日期	
產品或服務的描述	
產品或服務的費用	
您如何付款？ <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 其他（說明）：	
是否是在網際網路上購買？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否與企業簽訂合約？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不記得	
企業是否需要在其系統中找到您的帳戶號碼或其他資訊？	
<input type="checkbox"/> 是；帳戶號碼：	
<input type="checkbox"/> 否	
您是否已就您的投訴向法院提起訴訟？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果您勾選「是」，請填寫下面的列。	
案件編號	
法院	
如果已經結案，結果如何？	

*簡要描述您的投訴以及您希望看到的結果。如有需要，請另附紙張。

確認

- 勾選此方塊，即表示本人證明本人是此投訴表的提交人，並且本人授權該企業與/或其代理人與 DCWP 討論本人的投訴。本人已閱讀此表格中的資訊，據本人所知，這些資訊均真實準確。